Curs 7

*Clinica identificării proiective*

*Otto Kernberg*

Pentru a ilustra utilizarea identificării proiective la un nivel cvasipsihotic şi necesitatea, în ce îl priveşte pe analist, de a se retrage temporar din poziţia de neutralitate tehnică, O. Kernberg descrie o şedinţă din cursul celui de al treilea an de terapie cu un pacient care « prezenta o personalitate paranoidă, cu o organizare limită a personalităţii » (1988).

Iată, pe scurt, conţinutul şedinţei. Pacientul soseşte la şedinţă « livid de furie » şi-l acuză pe terapeut că provocase, înafara terapiei, ruptura relaţiei dintre pacient şi o anumită doamnă care recunoscuse că îl cunoştea pe Kernberg. La început, analistul încearcă să interpreteze ca de obicei, dar aceasta nu face decât să amplifice furia pacientului, care cerea o mărturisire « onestă » despre « manipularea » respectivă. Temându-se de o pierdere a controlului din partea pacientului, analistul îi cere să îl asigure că nu-l va ataca fizic. Pacientul se conformează, adăugând că toată povestea i se pare deodată mai puţin importantă şi că îi face bine faptul că terapeutului i s-a făcut teamă şi că i-a mărturisit asta.

Autorul ne arată că este vorba de o punere în act a relaţiei dintre tatăl pacientului şi pacientul aflat în ipostaza de copil îngrozit, paralizat, scenă în care analistul joacă rolul copilului, iar pacientul, rolul tatălui său coleric. Faptul că analistul îşi recunoaşte teama diminuează sentimentul de umilire şi de ruşine al pacientului, în a fi terorizat de către tată. Posibilitatea pentru pacient de a-şi exprima furia contra celuilalt, fără pericolul de a-l distruge, îi permite să tolereze propria sa identificare cu tatăl crud. Pacientul regresează de la proiecţie la identificare proiectivă, activând relaţia cu tatăl şi inversând rolurile.

După Kernberg, identificarea proiectivă este un mecanism major, implicat în activarea relaţiilor de obiect primitive şi a apărărilor împotriva acestora, în timpul transferului regresiv al pacienţilor cu o organizare limită a personalităţii. In comentariul său despre un alt caz, dar care rămâne valabil şi pentru cel tocmai relatat, el explică modul în care au decurs lucrurile între pacient şi el :

« Acest caz ilustrează o activare tipică a identificării proiective, cuprinzând proiecţia unui aspect intolerabil [din sine], inducerea comportamentală în mine a atitudinii interioare corespondente, controlul subtil exercitat asupra mea [...], control care m-a menţinut temporar prizonier al acestui aspect proiectat [...], şi aptitudinea sa potenţială de a fi în empatie cu ceea ce proiectase în mine, deoarece corespundea cu reprezentarea sa [de sine]. Acest exemplu mai arată cum ceea ce a fost proiectat constituie o reprezentare de sine, chiar dacă la un nivel diferit ».

Utilizăm acest exemplu – foarte schematic din pricină că este prezentat la un nivel mai degrabă comportamental – pentru a da cont de un fenomen a cărui existenţă o presupunem în condiţii asemănătoare, dar care are loc, deseori, într-un mod mai subtil. Este vorba de un moment, în cursul identificării proiective, când nu există încă o *reprezentare* internă a sinelui-având-o-anumită-trăire, moment fertil tocmai pentru figurarea, *în faţa subiectului însuşi*, a acestei reprezentări interne ce lipsea. Dar fiindcă pacientul nu are încă posibilitatea psihică de a se recunoaşte în analistul care tocmai resimte acel afect particular (nu posedă reprezentarea internă de sine pe care să o compare cu cea externă), el nu se poate « vedea » decât *din perspectiva analistului*. Odată ce a fost atins acest punct, subiectul îşi poate crea în interior reprezentarea de sine-îngrozit (în exemplul lui Kernberg). Astfel, putem schimba afirmaţia lui Kernberg în următorul mod : în timpul identificării proiective, pacientul nu proiectează o reprezentare de sine, ci proiectează o trăire *în căutare de reprezentare*.

*Andre Green*

Descriind dificultăţile tehnice din analiza pacienţilor “ limită”, A. Green relatează cum, la sfârşitul unei şedinţe, o pacientă l-a înfuriat. La începutul şedinţei următoare, pacienta i-a spus : « Am fost uşurată să constat că *pot să-mi exprim furia* ».

Green arată că, la aceşti pacienţi, identificarea devine confuzie identitară. El vorbeşte de fenomenul clinic al « halucinaţiei negative în oglindă » : dacă pacientul priveşte în oglindă, nu vede nimic ; dacă oglinda se reflectă într-o altă oglindă, atunci el vede ceva în cea de a doua oglindă. Autorul înţelege prin « limită » anumite zone de elaborare, intrapsihică dar şi între aparatul psihic şi obiect (intersubiective). El mai remarcă faptul că, în analiza pacienţilor *borderline*, analistul trebuie să le ofere acestora reprezentările care le lipsesc.

*Dispozitivul de autopercepţie*

Pacienta lui A. Green avea un afect (furie) pe care nu putea să îl exprime (să îl reprezinte). Ea face în aşa fel încât celălalt să aibă acest afect faţă de ea şi să şi-l exprime. Ea *îl percepe* pe analistul înfuriat ca fiind *ea însăşi înfuriată pe el*. Este aceasta o oglindă ? Nu tocmai, fiindcă este ca şi cum ea-însăşi-înfuriată-pe-el ar fi văzută (dacă folosim, pentru simplificare, modalitatea vizuală) nu de către ea, ci de către el : ea se vede cu « ochii » analistului său. Există aici un schimb de identitate tocmai cu scopul de a-şi găsi identitatea. Subiectul şi obiectul sunt separaţi, dar sunt modificate două lucruri :

a) afectul « inexprimabil » se găseşte în celălalt, care poate să-l exprime ca fiind al său ;

b) „dispozitivul de percepţie” al analistului se găseşte în pacient (care are, pentru un moment, identitatea celuilalt) şi acesta poate să-şi vadă sinele-având-o-anumită-trăire, pentru a deveni ulerior capabil să se conceapă, să se reprezinte în situaţia respectivă.

Dar de ce pacientul nu alege o cale mai simplă, mai directă, de exemplu o identificare cu analistul care poate tolera prezenţa pacientului îngrozit (sau înfuriat, în exemplul lui Green) şi se poate tolera pe sine îngrozit, care are o reprezentare de sine-îngrozit sau de celălalt-îngrozit ? Pacientul nu face acest lucru deoarece el are nevoie să creeze el însuşi această reprezentare de sine capabilă să conţină, să-i *limiteze* afectul. Dacă parafrazăm afirmaţia lui Winnicott : „subiectul creează obiectul, dar obiectul era deja acolo”, am putea spune : „subiectul se creează pe sine, dar sinele său era deja acolo, în exterior”. El nu doreşte o reprezentare „de gata”.

Prin termenul de *borderline* (sau stare limită), Winnicott desemnează pacienţii la care angoasa este de natură psihotică ( fărâmiţare, anihilare, cădere, prăbuşire – *primitive agonies*), în vreme ce o construcţie psihonevrotică suficient de elaborată le permite să facă faţă constrângerilor realităţii. (Să ne amintim că mecanismul de identificare proiectivă era descris de Melanie Klein ca fiind de natură psihotică şi cu rol de apărare tocmai împotriva angoasei de anihilare). Ideea lui Winnicott privind aceşti pacienţi este că, în trecutul lor, s-a produs ceva care nu a fost trăit, afectul corespunzător nu a fost resimţit. (Să ne mai amintim că, în clinica lui Klein, „părţile din sine” proiectate în obiect sunt şi ele „transportori” de afecte). Experienţa afectului devine atunci echivalentul a ceea ce este rememorarea, întoarcerea refulatului din cura clasică. Insă ne punem întrebarea, odată cu J. Andre :

„ [Analiza registrului *borderline* ] ar fi marcată în special de …să spunem oare, apariţia unor afecte până atunci inconştiente, sau producerea de afecte care nu au fost simţite niciodată ?”.

Andre arată că aporia transferului sau a repetiţiei a ceva ce nu a mai fost resimţit exercită o fascinaţie din care nu putem ieşi decât printr-o deplasare minimă : ceea ce nu a avut loc, nu a avut loc în *istorie*, deci s-a produs înafara categoriei istoricităţii. Ceva s-a întâmplat, ceva s-a înscris psihic, dar într-un mod diferit de cel al temporalităţii făţişe a istoriei.

………………………………………………………………………………………………

Să revenim la reprezentarea de sine. Intr-un text din 1963, Winnicott spune :

„Foarte devreme, un sugar poate fi capabil să se identifice cu mama sa. Există reflexe primitive care pot constitui baza acestei evoluţii, cum ar fi faptul că bebeluşul răspunde la zâmbet printr-un zâmbet. Rapid, el devine capabil de expresii mai complexe de identificare, implicând prezenţa imaginaţiei. De exemplu, vedem un sugar care, în timpul suptului, încearcă să găsească gura mamei şi să o hrănească el însuşi, cu degetul. […] starea de dependenţă se atenuează în urma dezvoltării, la sugar, a *capacităţii de a lua locul mamei. De aici începe dezvoltarea completă a înţelegerii existenţei personale şi separate a mamei*”.

………………………………………………………………………………………………

Al doilea aspect subliniat de Andre în comentariul său despre problematica stărilor limită se leagă de activitatea reprezentativă a subiectului. Autorul arată că în momentul în care, în cursul şedinţei, *actul* devine predominant în raport cu fantasma, este pusă sub semnul întrebării, la subiect, însăşi posibilitatea re-prezentării (în cuvânt compus). Această posibilitate este legată de tolerarea de către psihism a caracterului fundamental pierdut al obiectului.

………………………………………………………………………………………………

Prin cea de a doua topică introdusă de Freud în 1920, modelul său nu se mai referă la dorinţa inconştientă, ci la mişcarea pulsională, iar în clinică, rememorarea lasă locul actualizării. A. Green observă că, astfel, conceptul de reprezentare este înlocuit cu cel de mişcare pulsională : la pacienţii aflaţi în stări limită (stări pe care, credem, le putem întâlni nu numai la categoria nosografică de *organizare borderline*, descrisă de O. Kernberg, ci şi la nevrotici sau la psihotici), domină tendinţa de a excita pulsiunea spre descărcare şi repetiţie, procese care scurtcircuitează elaborarea psihică, exprimată în sistemul freudian prin reprezentări şi dorinţe. Green adaugă :

„Ca să completăm teoria lui Freud, putem spune că dilema se petrece între mişcarea pulsională ce caută descărcarea şi / sau reprezentarea-lucru, ceea ce ar conduce din nou spre inconştient. In acest context, vedem că *reprezentarea [...] nu mai este dată, ci este rezultatul unui travaliu*”.

De aceea considerăm că, în clinica identificării proiective, termenii de „rol” sau „reprezentare proiectată în analist” (utilizaţi de autori precum Kernberg sau Sandler) sunt prea optimişti sau prea evoluaţi pentru pacienţii *borderline* şi că este potrivit să utilizăm o expresie referitoare la un mecanism mai primitiv, cum ar fi cuvântul „inversare de poziţie”, care are de a face cu afecte „puse în act”, dar încă nu „jucate”. Chiar noi ne întrebăm de ce utilizăm cuvântul „inversare” şi nu pe cel de „întoarcere”, prezent deseori în literatura psihanalitică. Probabil că acest cuvânt ni s-a părut semnificativ atunci când l-am întâlnit sub pana lui Freud, în textul său despre Leonardo da Vinci. Scriind despre fantezia homosexuală a acestuia, Freud completează :

„[...] nu activitatea reală, ci atitudinea sentimentelor ne face să recunoaştem la cineva această particularitate care este *inversarea*”.

(Acest cuvânt apare în ediţia din 1919, în timp ce ediţia din 1910 foloseşte termenul de „homosexualitate”). Poate că un al doilea motiv de a alege termenul de „poziţie” este maniera în care Freud a descris clivajul eului, „fisurile” din eu ce „corespund bizareriilor şi nebuniei oamenilor”, mecanisme ce afectează unitatea eului, constituind echivalentul pentru eu a ceea ce constituie perversiunile pentru sexualitate. După A. Green, tocmai aici se află ideea pe care trebuie să o reţinem din cea de a doua jumătate a operei lui Freud (pentru care modelul perversiunii a fost punctul de plecare în teorie), idee ce ar schimba chiar paradigma psihanalizei : căutarea, la nivelul eului, a ceea ce sunt perversiunile pentru sexualitate.

……………………………………………………………………………………………

Toate conexiunile din teoria psihanalitică între : receptivitate, pasivitate, feminitate, angoasă de pierdere a iubirii din partea obiectului, situaţie de intruziune din partea celuilalt – par să conducă, în cazul utilizării de către pacient a mecanismului de identificare proiectivă, spre imaginea unui analist ce se găseşte el însuşi în poziţia de copil. Harold Searles descrie, în mod sugestiv, o asemenea poziţie în care el se lasă „plasat” de către pacienţii săi, trăind în contratransfer ceea ce a trăit pacientul, copil fiind, cu părinţii săi :

„In anumite cazuri […], aud în el [în pacient] pe părintele cel mai puternic dintre noi doi, spunându-mi mie, care sunt copilul, cel mai slab, că nu sunt şi că nu am fost vreodată iubit sau dorit”.

Desigur, pacientul va realiza o identificare cu analistul care simte în locul său. Dar credem că această „identificare” constă într-un proces mai complex : dacă subiectul utilizează inversarea identitară prin identificare proiectivă cu scopul de a-l plasa pe celălalt în poziţia de copil, el utilizează această inversare şi pentru *a se percepe literalmente din*

*perspectiva celuilalt*. Intre declanşarea mecanismului de identificare proiectivă şi interpretarea analistului – sau, uneori, chiar în timpul interpretării – există un timp în care subiectul „contemplă” imaginea celuilalt-copil, din perspectiva adultului-analist cu care tocmai s-a identificat, apoi „recuperează” imaginea de sine-copil îmbogăţită cu reprezentarea care îi lipsea pentru a elabora afectul respectiv şi a-l înscrie în istoria sa personală.

Criticându-l pe O. Kernberg pentru că nu a arătat, în scrierile sale, „suspansul” ce caracterizează sentimentele analistului fată de pacientul *borderline,* Searles atrage atenţia asupra erorii de a întoarce identificarea proiectivă a pacientului printr-o interpretare prematură, care implică denegarea oricărei baze reale din percepţia transferenţială a pacientului asupra analistului :

„Atunci când încercăm să ne debarasăm prea repede de o povară printr-o interpretare [...], o facem în general pentru că, implicit, denegăm *orice* fundament real al percepţiei transferenţiale pe care o are pacientul asupra noastră”.

C. Bolas remarcă fenomenul regresiei analistului în locul pacientului, primul operând apoi o „autovindecare”, înainte ca al doilea să poată face acelaşi lucru.

D. Carpy explică faptul că, în aceste cazuri, pacientul este capabil să utilizeze interpretarea numai dacă recunoaşte, în analist, aspecte din el însuşi.

Inafară de inversarea din transfer (copil / părinte), există aşadar o inversare în raportul pacient/analist : analistul este cel care resimte, pacientul este cel care „vede”. Primul este cel care regresează, al doilea este cel care rămâne lucid. Lucid faţă de celălalt, pentru a-l percepe ca *reprezentare-lucru* de sine.

Intr-un text din 1973 asupra procesului analitic, A. Green arată că limbajul nu poate folosi decât un material deja elaborat, că reprezentarea şi afectul ar fi mediatorii necesari ai acestei elaborări : reprezentarea de

partea gândirii, iar afectul de partea corpului. In cadrul reprezentării, trebuie să facem distincţia între reprezentările-lucru şi reprezentările-cuvânt, primele aparţinând propriu-zis inconştientului, prin însăşi structura lor. Intre reprezentarea-cuvânt şi afect, reprezentările-lucru „formează un pod ce uneşte intelectul cu sensibilitatea”. Sfera vizuală are o mai mare rezonanţă afectivă decât sfera auditivă, ne spune Green, şi vizualul este cel care realizează prima *punere în formă* a reacţiei afective. De aceea noi folosim verbul „a vedea” (mai degrabă ca metaforă) atunci când vorbim de percepţia subiectului – chiar în sfera auditivă – asupra afectului celuilalt ca bază de construcţie pentru reprezentarea de sine.

In cursul procesului despre care discutăm, nu este vorba de a „recunoaşte” o reprezentare de sine în cea a celuilalt, nici de a „modifica” o reprezentare de sine după modelul reprezentării celuilalt, termeni întâlniţi uneori în descrierile identificării proiective. „A modifica” înseamnă că o reprezentare „rea” devine o reprezentare „bună”, perspectivă care ar ţine mai degrabă de supraeu decât de eu. Dacă un pacient ajunge să mentalizeze un afect până atunci ireprezentabil, „estetica” reprezentării obţinute ar fi o problemă de „gust”, iar nu de scop al dezvoltării. Or, cum remarcă Giovacchini, atunci când este vorba de fragmentarea experienţei de sine, există şi o incapacitate de a resimţi pentru că subiectul nu ştie „cine” este (reprezentare), deci nici ceea ce resimte (afect).